



- Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos a su hijo(a), contestando algunas preguntas. Sus respuestas serán confidenciales y la manera en que usted responda no influenciará en los servicios que su hijo(a) recibe actualmente o en el futuro.
- Por favor responda las siguientes preguntas basándose en los **LOS ÚLTIMOS 6 MESES** que su hijo(a) recibió servicios. Si su hijo(a) no a recibido servicios por 6 meses, responda basándose en los servicios que a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso(a), De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que su hijo(a) no a experimentado, seleccione "**No aplica**" para indicar que está declaración no le aplica a su hijo(a).

- Por favor rellene completamente el círculo. Correcto ● Incorrecto ⊖ ⊗ ⊙

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, yo estoy satisfecho(a) con los servicios que mi hijo(a) a recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger los servicios para mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger las metas para el tratamiento de mí hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que ayudaron a mi hijo(a) estuvieron junto a nosotros durante el proceso .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que mi hijo(a) tenía a alguien con quien platicar cuando el / ella tenía una preocupación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participe en el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios que mi hijo(a) y familia recibieron eran los adecuados para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponible a horarios que eran convenientes para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mi familia recibió la ayuda que nosotros queríamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mi familia recibió la mayoría de la ayuda que necesitábamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respeto la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una forma que pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como resultado de los servicios que mi familia recibió:						
16. Mi hijo(a) maneja mejor su vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Mi hijo(a) se lleva mejor con miembros de la familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Mi hijo(a) se lleva mejor con sus amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. A mi hijo(a) le está hiendo mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Mi hijo(a) maneja mejor las situaciones cuándo algo le sale mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. En esté momento estoy satisfecho(a) con nuestra vida familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Mi hijo(a) es más capaz de hacer cosas que el/ella quiere hacer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Para preguntas #23 a 26, por favor responda tomando en cuenta las relaciones que usted tiene con otras personas que no sean su proveedor(es) de salud mental.

Como resultado de los servicios que mi familia recibió:

23. Conozco a gente que me escucha y entiende cuando necesito hablar con alguien.	<input type="radio"/>					
24. Tengo personas con las cuales me siento cómodo(a) para platicarles sobre los problemas de mi hijo(a).	<input type="radio"/>					
25. En caso de una crisis, yo tendría el apoyo que necesito de mi familia o amigos.	<input type="radio"/>					
26. Tengo personas con las cuales puedo hacer cosas agradables y que disfruto.	<input type="radio"/>					

The MHSIP Consumer Survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

* CSI County Client Number

9680

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DHCS 1744 SP

Must be entered on EVERY page



27. ¿Que ha sido lo que más le ha ayudado de los servicios que usted y su hijo(a) han recibió durante los pasados 6 meses? ¿Que podríamos hacer para mejorar los servicios que ofrecemos aquí? Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio, o si es necesario detrás de esta página. Estamos interesados en escuchar sus comentarios, ya sean positivos o negativos.

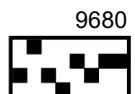
Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber como su hijo(a) se encuentra.

1. ¿Actualmente, esta su hijo(a) viviendo con usted? Sí No
2. ¿Durante los pasados 6 meses, a vivido su hijo(a) en alguno de los siguientes lugares?
Por favor selecciona todas las que apliquen
 - Con uno o ambos padres
 - Con algún familiar
 - En un hogar temporal (foster home)
 - En un hogar temporal teurapectico (therapeutic foster home)
 - Albergue de crisis (crisis shelter)
 - Albergue temporal para personas sin hogar (homeless shelter)
 - En una casa hogar (group home)
 - En un centro de tratamiento residencial
 - En un hospital
 - En una cárcel local o centro de detención
 - Centro correccional estatal
 - Se fue de la casa/no tiene donde vivir/vive en la calle
 - Otro
3. ¿Durante el año pasado, visito su hijo(a) a un doctor(a)/medico o enfermera para un chequeo de salud o porque se sintió enfermo(a)?
 Sí, en una clínica o oficina Sí, pero nada más en un cuarto de hospital de emergencia No No recuerdo
4. Esta su hijo(a) tomando medicamentos para controlar problemas emocionales o de comportamiento? Sí No
- 4a. ¿Sí esta tomando medicamentos, le informo su doctor(a) o enfermera sobre los efectos secundarios que su hijo(a) podría experimentar? Sí No

* CSI County Client Number

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Must be entered on EVERY page



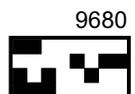
5. ¿Aproximadamente, ¿cuanto tiempo tiene su hijo(a) recibiendo servicios aquí?
- Está es la primera visita de mi hijo(a) aquí. 1 a 2 meses
 - Mi hijo(a) a tenido más de una visita pero a recibido servicios por menos de un mes. 3 a 5 meses
 - 6 meses a 1 año
 - Mas de un año

 Por favor responda preguntas # 6 a 11 si su hijo(a) a estado endo servicios de salud mental por UN AÑO O MENOS	 Por favor responda preguntas # 12 a 17 si su hijo(a) a estado recibiendo servicios de salud mental por MAS DE UN AÑO
<p>6. ¿Ha sido su hijo(a) arrestado(a) desde que empezó a recibir servicios de salud mental? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No</p> <p>7. ¿Fue su hijo(a) arrestado(a) durante los 12 meses antes de recibir servicios? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No</p> <p>8. Desde que su hijo(a) empezó a recibir servicios de salud mental, sus encuentros con la policía han... <input type="radio"/> Disminuido <i>Por ejemplo, no ha sido arrestado, molestado por la policía, no ha llevado a un albergue o programa de crisis</i> <input type="radio"/> Mantenido igual <input type="radio"/> Incrementado <input type="radio"/> No Aplica <i>No a tenido ningún encuentro con la policía este año o el año pasado</i></p> <p>9. ¿Fue su hijo(a) expulsado(a) o suspendido(a) de la escuela desde que empezó a recibir servicios? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No</p> <p>10. ¿Durante los pasados 12 meses, antes de recibir servicios fue su hijo(a) expulsado(a) o suspendido(a) de la escuela? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No</p> <p>11. Desde que mi hijo(a) empezó a recibir servicio de salud mental, el número de días que el/ella ha estado asistiendo a la escuela a: <input type="radio"/> Aumentado <input type="radio"/> Seguido igual <input type="radio"/> Disminuido <input type="radio"/> No aplica → <i>Por favor seleccione el por qué no aplica</i> <input type="radio"/> Mi hijo(a) no tenía problemas de asistencia el la escuela antes de empezar los servicios de salud mental <input type="radio"/> Mi hijo(a) es muy joven para asistir a la escuela <input type="radio"/> Mi hijo(a) fue expulsado(a) de la escuela <input type="radio"/> Mi hijo(a) fue instruido en casa, no atendió una escuela pública <input type="radio"/> Mi hijo(a) dejo de asistir a la escuela <input type="radio"/> Otro</p>	<p>12. ¿Fue su hijo(a) arrestado(a) durante los pasados 12 meses? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No</p> <p>13. ¿Fue su hijo(a) arrestado(a) durante los 12 meses antes de recibir servicios? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No</p> <p>14. Durante el ultimo año, los encuentros de su hijo(a) con la policía han... <input type="radio"/> Disminuido <i>Por ejemplo, no ha sido arrestado, molestado por la policía, no ha llevado a un albergue o programa de crisis</i> <input type="radio"/> Mantenido igual <input type="radio"/> Incrementado <input type="radio"/> No Aplica <i>No a tenido ningún encuentro con la policía este año o el año pasado</i></p> <p>15. ¿Fue su hijo(a) expulsado(a) o suspendido(a) de la escuela durante los pasados 12 meses? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No</p> <p>16. ¿Durante los pasados 12 meses, antes de recibir servicios fue su hijo(a) expulsado(a) o suspendido(a) de la escuela? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No</p> <p>17. Durante el año pasado, el número de días que su hijo(a) a estado asistiendo a la escuela a: <input type="radio"/> Aumentado <input type="radio"/> Seguido igual <input type="radio"/> Disminuido <input type="radio"/> No aplica → <i>Por favor seleccione el por qué no aplica</i> <input type="radio"/> Mi hijo(a) no tenía problemas de asistencia el la escuela antes de empezar los servicios de salud mental <input type="radio"/> Mi hijo(a) es muy joven para asistir a la escuela <input type="radio"/> Mi hijo(a) fue expulsado(a) de la escuela <input type="radio"/> Mi hijo(a) fue instruido en casa, no atendió una escuela pública <input type="radio"/> Mi hijo(a) dejo de asistir a la escuela <input type="radio"/> Otro</p>

* CSI County Client Number

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Must be entered on EVERY page



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos de a saber un poco más sobre su hijo(a).

18. ¿Cuál es el género de su hijo(a)?
Por favor selecciona todas las que apliquen
- Masculino
 Femenino
 No-binario
 Transgénero: Femenino a Masculino
 Transgénero: Masculino a Femenino
 Otra identidad de género
19. ¿Es alguno de los padres de esté(a) joven de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No Desconocida
20. ¿Cuál es la raza de esté(a) joven?
Por favor selecciona todas las que apliquen
- Indio Americano/Nativo de Alaska
 Asiático
 Afro-Americano/Negro
 Nativo de Hawai/De otras Islas del Pacífico
 Anglosajón/Blanco
 Otra raza
 Desconocida
21. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de esté(a) joven?
- mes día año
 - -
22. ¿Tiene su hijo(a) seguro de Medi-Cal (Medicaid)? Sí No
23. ¿Se proporcionaron los documentos escritos y/o los servicios que recibió su hijo en el idioma de su preferencia? Sí No
por ejemplo, folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos sobre la salud mental

24. Ahora pensando acerca de todos los servicios que recibió su hijo, ¿qué tanto fue por medio de la telemedicina?
por teléfono o videoconferencia

Ninguno Muy poco Aproximadamente la mitad Casi todos Todos

25. ¿Qué tan útiles fueron las visitas de telemedicina comparadas con las visitas tradicionales en persona para su hijo?

Mucho peor Un poco peor Casi lo mismo Un poco mejor Mucho mejor No Aplica

26. Preferiría recibir más del tratamiento de salud mental de mi hijo en este programa por telemedicina.

Definitivamente en desacuerdo En desacuerdo Estoy neutral De acuerdo Definitivamente de acuerdo
 No Aplica




¡Gracias por tomar el tiempo para responder estas preguntas!

FOR OFFICE USE ONLY

County Code:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Date of Survey Administration:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

County Reporting Unit (optional):

<input type="text"/>							
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Code for not completing the survey (if applicable):

- Refused Impaired Language Other

Make sure the same CSI County Client Number is written on all pages of this survey.

* CSI County Client Number

<input type="text"/>									
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

9680



Must be entered on EVERY page